

L'Opération des Fistules Vésico-Vaginales

par la

VOIE TRANSVÉSICALE

Sa Technique
ses Indications et ses Résultats

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston SURIN

Né à Oued-Zenati (Algérie), le 9 Octobre 1884

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552627_0059

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1908-1909 — N° 21

L'Opération des Fistules Vésico-Vaginales

par la

VOIE TRANSVÉSICALE

Sa Technique
ses Indications et ses Résultats

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston SURIN

Né à Oued-Zenati (Algérie), le 9 Octobre 1884

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. DOYEN.
COURMONT. ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M LORTET.

MM. **PROFESSEURS HONORAIRES**
CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		X. . . .
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNEQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique.		MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR.	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	LATARGET, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE.	BÉRIEL, ch..
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE. Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, Président ; ROCHET, Assesseur ;
MM. VILLARD et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MARCEL

Interne des Hôpitaux d'Alger

A MES PARENTS

Témoignage de ma profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous inspira ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Chargé de cours des Maladies des organes génito-urinaires

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS

Chirurgien des Hôpitaux d'Alger

Nous n'oublierons jamais la bonté
de cet excellent maître.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

D'ALGER ET DE LYON

HISTORIQUE

En 1883, Trendelenburg opéra par la voie vésicale deux fistules vésico vaginales. Il eut deux insuccès que publia Villy Meyer. Cependant Trendelenburg n'abandonna pas cette opération que facilitait singulièrement la position inclinée qu'il créait à la même époque.

En 1890, dans un long article, cet auteur écrit :

« Il est certain que la position haute du bassin offrant au regard l'intérieur de la vessie au point qu'on puisse y pratiquer des opérations assez fines n'a pas frappé l'attention des chirurgiens autant que je l'aurais souhaité ». Il publie en même temps une observation dans laquelle le résultat est excellent.

Deux ans plus tard, il publie deux nouveaux succès, inspire la thèse de Carl Grube (Bonn 1890).

« Mon opération, dit-il, doit être réservée aux fistules inabordables par le vagin. »

Trendelenburg, créateur de cette méthode, l'a décrite d'une manière parfaite dans les deux articles que nous venons de citer.

Son premier succès lui rallia quelques chirurgiens allemands et anglais ; son procédé fut essayé par Max

Gill, Baumm, Madelung. C'est seulement neuf ans après sa création que la méthode transvésicale apparaît en France, où Pousson la pratique le premier en 1894. Il publie dans les *Archives provinciales de Chirurgie* une observation et une étude de la question.

En 1896, Simon Duplay ajoute une nouvelle observation et décrit avec soin la technique opératoire.

Delbet, Rafin et Imbert comptent ensuite des succès dans cette voie.

Citons en 1903-04 la thèse de Thiers inspirée par Rafin.

A toutes les observations antérieurement publiées, nous ajouterons cinq cas inédits. Notre modeste but sera d'analyser ensuite l'ensemble des travaux parus sur l'opération de Trendelenburg et de donner sur cette question les idées de nos maîtres.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Willy Meyer. *Archiv für klinische chirurgie* vi Langenbeck, 1884.

Fistule vésico-vaginale opérée par voie vésicale.

Récidive. Colpocléisis.

Cath. B..., de Sch., 30 ans, ouvrière, présente à la suite d'un accouchement laborieux une fistule vésico-vaginale très grande et adhérent par ses bords à la symphyse.

Le 12 mars 1881, dans la clinique de Rostock, on ouvrit la vessie aussi largement que possible, au moyen de la taille hypogastrique, et la fistule fut avivée et suturée par cette voie.

Au bout d'un mois la fistule persiste.

Nécessairement on fit le colpocléisis.

OBSERVATION II

Willy Meyer (1884).

Fistule vésico-vaginale, opérée par voie vésicale.

Récidive. Colpocléisis.

Gertrude S..., 40 ans, de Dussbach.

Elle accouche pour la première fois le 19 octobre 1883.

Pas d'intervention obstétricale. Quelques jours après, elle perd ses urines par le vagin.

Elle vient à l'hôpital le 9 février 1884. Au toucher vaginal, on sent une fistule transversale, haut située, pouvant admettre trois doigts. Cette fistule est très adhérente à la face postérieure de la symphyse pubienne. En raison du non abaissement de la fistule, le *geheimrath weit* juge la suture impossible par voie vaginale.

10 février 1884. — Intervention par voie vésicale. On met une éponge dans le vagin pour soulever le bas fond vésical.

On incise transversalement la paroi abdominale au-dessus du pubis.

Après avoir élevé le bassin et écarté les deux lèvres de l'incision vésicale, on voit, sur la paroi postérieure de la vessie, une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs et s'étendant de chaque côté jusqu'aux orifices urétéraux.

On avive les bords de la fistule et l'on suture à la soie par points séparés. (15 points de suture).

Ces fils sont introduits, tantôt par la voie hypogastrique, tantôt par le vagin, à l'aide de longues aiguilles droites et courbes.

Cette partie de l'opération est faite en conservant le bassin fortement relevé. Puis la malade est mise dans la position habituelle de la taille et le vagin est éclairé par devant, après l'application d'un grand spéculum de Simon, l'intérieur de la vessie étant éclairé au moyen d'un réflecteur. Le point de pénétration des sutures peut être ainsi exactement contrôlé et corrigé par l'assistant

qui se trouve devant la patiente. Il en est de même des sutures passées par le vagin.

L'intervention a duré une heure et demie.

La plaie abdominale est suturée en son milieu. On draine au caoutchouc de chaque côté.

Suites opératoires. — Pendant quinze jours, la malade a de la fièvre et quelques troubles de l'état général. La peau est ictérique. Localement, l'urine s'écoule par la plaie hypogastrique.

Le quatrième jour, une petite quantité d'urine s'écoule par le vagin.

Le quatorzième jour, on enlève les fils par le vagin.

L'urine s'écoule toujours par la plaie hypogastrique.

La cicatrisation complète de la plaie abdominale ne se fera que trois mois après.

10 mai 1884. — La malade perd de nouveau ses urines par le vagin. Au toucher, il persiste une fistule d'une pièce de cinquante centimes environ.

24 mai 1884. — Deuxième intervention par voie vésicale. Cette intervention est nulle, car il est impossible de rapprocher les bords de la fistule. Ultérieurement colpocléisis.

OBSERVATION III

(Trendelenburg 1890)

*Fistule vésico-vaginale. — Suture par la vessie. — Guérison.
Lithiase secondaire.*

Le 1^{er} juillet 1888, fut adressée par le docteur Zumbinckel, une femme de 44 ans, d'origine polonaise, qui depuis un accouchement datant de quinze ans, perdait

ses urines par le vagin. Elle avait eu quatre accouchements antérieurs et son dernier accouchement avait nécessité l'emploi du forceps.

A l'examen : sur la paroi antérieure du vagin, à droite de la ligne médiane, est une perte de substance ovale, de la dimension d'une petite amande ; son grand axe est oblique d'avant en arrière et de droite à gauche ; par l'ouverture, l'extrémité de l'index peut pénétrer dans la vessie, l'entrée dans le canal cervical, avec une sonde, ne peut être trouvée. Le fond de l'utérus est dirigé en haut, à gauche et en arrière. *Des adhérences cicatricielles empêchent d'abaisser l'utérus et les bords de la fistule.*

Opération le 2 juillet 1888. Narcose. Position haute du bassin avec l'aide de l'appareil d'Eschbaum. Incision transversale, d'environ 10 centimètres, au bord supérieur de la symphyse. Séparation des droits de la symphyse, ouverture de l'espace prévésical. Introduction d'un cathéter dans la vessie, incision transversale de la vessie sur la paroi antérieure et au-dessous du cul de sac péritonéal. Le bord supérieur de l'ouverture est suturé, par quelques points provisoires, au bord supérieur de l'incision des téguments ; au bord inférieur de la vessie sont passés quelques fils que l'on fixe par des pinces.

On aperçoit alors immédiatement la perte de substance ovale, elle occupe la paroi vésicale, entre les deux uretères, plus près placée de l'uretère droit que du gauche. Au bord supérieur de la fistule qui est un peu déprimé, un hystéromètre peut pénétrer dans le canal cervical et se diriger en haut à gauche et en arrière.

Les bords à pic de la fistule sont alors avivés en entonnoir, si bien qu'on enlève une large bande vésicale et seulement un mince liseré des parois vaginales et utérines, la surface d'avivement dans la vessie mesure, à gauche, un centimètre; à droite, à cause du voisinage de l'uretère, l'avivement ne peut être que de 5 à 6 millimètres. Alors on place 6 points au fil de Florence avec l'aiguille courbe ordinaire et le porte-aiguille habituel; la seule petite difficulté qu'on éprouve est celle que nécessite la recherche de l'orifice urétéral afin qu'on ne le prenne pas dans la suture. Cet orifice est repéré par une fine sonde qu'on y introduit. Les nœuds de la suture se font aussi facilement dans la vessie qu'on les fait habituellement pour une suture des téguments cutanés. Après fermeture de la suture, l'entrée du canal cervical s'ouvre dans le vagin.

Les sutures qui maintiennent provisoirement le bord supérieur de l'ouverture vésicale sont supprimées et les deux lèyres vésicales réunies par une simple ligne de sutures et une seconde rangée à la Lembert; les sutures partent des deux extrémités; au milieu persiste une petite ouverture dans laquelle un drain en T est placé. Lavage de la vessie avec une solution de sublimé au 1/5000^e, suture de la paroi jusqu'au milieu en laissant deux ouvertures latérales.

L'opérée est placée sur le côté. La guérison s'effectue presque sans réaction, la température la plus élevée est 38,4 au quatrième jour. Urine un peu trouble. Lavages. Acide camphorique à l'intérieur. Suppression du drain au seizième jour. L'urine cesse de passer par l'orifice de la taille à partir du vingt-unième jour. L'urine peut être gardée une demi-heure.

Quatre semaines après l'opération, la malade garde ses urines pendant une heure. Sept semaines après, la plaie abdominale est fermée, l'urine est conservée deux à trois heures.

Après son départ de la clinique, apparurent de nouveaux ennuis; les besoins d'uriner se firent plus nombreux et des douleurs vésicales apparurent. Le docteur Zumwikel trouva à l'exploration, le 17 septembre, des concrétions dans la vessie, dilata, sous anesthésie, l'urèthre le 21 septembre et put extraire plusieurs calculs siégeant sur la paroi postérieure de la vessie et environ de la grosseur d'un pois. Ces calculs durent être arrachés au doigt d'après les parois vésicales, ils vinrent avec les crins de Florence qui avaient servi à fermer la fistule. La suture, très solide, ne lâcha pas. Quelques petits calculs étaient le long de la paroi antérieure.

La fistule est restée fermée et la continence parfaite.

OBSERVATION IV

(Trendelenburg 1889)

Fistule vésico-vaginale. — Suture par voie vésicale.

Guérison.

Femme Theis, 35 ans, a eu sa première couche il y a deux ans, l'enfant mourut à son huitième jour. Il y a huit semaines, deuxième accouchement qui dura quinze heures; on appliqua le forceps, on put extraire un enfant mort. Depuis cette époque, l'urine s'écoule sans cesse par le vagin.

A l'examen. — On trouve encore haut sur la paroi antérieure du vagin, un orifice ovale, transversalement

placé, de la grosseur d'un pois et entouré de tissu cicatriciel; les bords sont déchirés, une partie en est libre, mais *le reste est fixé au bassin*, empêchant d'abaisser l'utérus. Il est impossible d'aborder la fistule par le vagin.

Opération. — Le 13 décembre 1889. La patiente est mise en position déclive. Incision transversale de dix centimètres au-dessus de la symphyse, à travers la peau, les aponévroses et les droits.

Incision transversale de la vessie, un peu au-dessous du bord du cul de sac péritonéal, allongement de l'incision vers la gauche pour mieux libérer la fistule, placée elle-même à gauche de la ligne médiane.

Le bord supérieur de la plaie vésicale est suturé provisoirement au bord supérieur de la paroi abdominale, les parties latérales de la vessie sont fixées au dehors par des fils qu'on y a placés. Pour s'orienter, un cathéter est placé dans l'urèthre et une fine sonde dans chaque uretère. Il apparaît que la fistule est placée entre les embouchures des deux uretères et un peu à gauche de la ligne médiane. La fistule est circonscrite par deux lignes courbes et avivée en entonnoir aussi largement que possible; à gauche, l'avivement va jusqu'à l'embouchure de l'uretère. Pour la réunion linéaire de la surface avivée, suivant la ligne inter-urétérale, des fils de soie sont placés de telle manière que les nœuds viennent se placer dans le vagin, les deux extrémités du fil sont placées dans deux aiguilles droites que l'on plante au bord de la surface avivée et qui sont prises dans le vagin. Un deuxième plan de 6 catguts fins est lié dans la vessie.

La vessie est alors nettoyée avec une solution de sublimé et fermée par une double rangée de catguts à la Lembert, un petit orifice est laissé pour le drain en T.

Après avoir placé deux petites compresses de gaze iodoformée dans l'espace prévésical, la paroi abdominale est refermée à la soie, laissant trois ouvertures, l'une pour le drain vésical, les deux autres dans les coins pour les tampons. La patiente est placée sur le côté et entourée de coussins pour la maintenir dans cette position.

La guérison survient très simplement. Après la suppression du drain et de la suture qui était dans le vagin, une partie de l'urine s'écoula par l'urèthre, le reste par la fistule hypogastrique. Le 4 janvier, après une exploration du vagin au spéculum, il coula, au voisinage de l'ancienne fistule, quelques gouttes d'urine par l'orifice d'un point de suture, mais cette fistule se ferma d'elle-même et, le 12 janvier, la patiente pouvait être considérée comme entièrement guérie; elle était alors en état de garder son urine pendant trois heures.

Six mois après, cette femme revint avec une éventration de la grosseur d'une pomme, au niveau de la cicatrice abdominale. Cette hernie était réductible. On ordonna un bandage muni d'une volumineuse pelote maintenant bien la paroi. Pas de troubles vésicaux. Les fonctions de la vessie sont absolument normales.

OBSERVATION V

(Trendelenburg 1892)

Fistule vésico-urétéro-vaginale. — Intervention par voie transvésicale. — Guérison.

Femme Esser, de 32 ans, a eu, il y a cinq ans, un accouchement qui a duré environ huit jours ; enfin, un enfant mort fut extrait au forceps. Depuis, toutes les urines passent par le vagin.

La patiente est une femme petite, mais vigoureuse et un peu corpulente, elle a un bassin rétréci rachitique. L'urine coule incessamment par le vagin, la vessie est toujours vide. Le vagin est court, sa moitié gauche manque, le reste est solidement fixé au bassin par des masses cicatricielles. L'abaissement de l'utérus est absolument impossible. La partie droite du vagin se rétrécit vers le haut en un canal admettant à peine l'extrémité de l'index ; à l'extrémité de ce canal et très haut est une ouverture fistuleuse de la grosseur d'une lentille. Une sonde guidée par le doigt pénètre dans la vessie. Le trajet de la fistule, presque impossible à voir, est absolument inabordable par le vagin.

Opération le 20 janvier 1892.

Le long du bord supérieur de la symphyse, incision transversale dont la longueur, à cause de l'épaisseur de la paroi, est d'environ quinze centimètres.

On pratique alors au niveau du bord supérieur du pubis, et dans toute l'étendue de l'insertion des droits qu'on a auparavant écartés, une résection à la gouge

d'une bande d'os d'un centimètre (opération de Brannmann). La bandelette osseuse avec les aponévroses et les droits qui y adhèrent est relevée vigoureusement avec les doigts et un élévateur. On atteint l'espace prévésical. La malade est en position inclinée et c'est avec peine qu'on arrive à dénuder sa paroi vésicale pour l'inciser transversalement. La section porte à un centimètre de l'orifice vésical de l'urèthre et comprend à peu près la moitié de l'étendue transversale de la vessie. On n'arrive à bien voir la fistule qu'après un allongement de l'incision vésicale à droite et en haut. Grâce aux tractions excentriques avec des crochets, l'ouverture vésicale est encore agrandie au point de comprendre environ les deux tiers de la vessie. La paroi supérieure de la plaie vésicale est provisoirement fixée au bord supérieur de la plaie abdominale.

Pour se repérer, on cherche immédiatement l'embouchure de l'urètre gauche, on la reconnaît à l'issue de l'urine par pression sur le ventre. L'embouchure de l'urètre droit, par laquelle aucune urine ne sort, se trouve seulement après d'assez longues recherches à la place symétrique de celle de l'urètre gauche. La fistule est placée à environ un centimètre et demi en haut et en dehors de l'orifice urétéro-vésical droit. Lorsqu'on conduit une fine sonde dans l'embouchure de l'urètre droit, on voit apparaître la pointe de cette sonde dans la fistule et après quelques recherches elle peut même pénétrer au niveau du bord supérieur de la fistule dans l'autre bout de l'urètre.

La participation de l'urètre à la fistule est donc indiscutable, il n'y a pas seulement une fistule vésicale,

mais une fistule urétérale. Il faut donc fermer la fistule en même temps que laisser perméable l'orifice urétéral. Pour ce faire, un morceau d'uretère, long d'environ trois-quarts de centimètre, est soulevé par une sonde fine sur laquelle on le dissèque, il pend ensuite dans la vessie comme un petit appendice. La fistule est alors limitée par deux incisions courbes, avivement en entonnoir, puis suture de la vessie par cinq ou six catguts. Pour maintenir plus sûrement ouvert l'orifice urétéral, une sonde fine est introduite à quelques centimètres dans l'uretère, son autre extrémité ressort par l'urèthre. Un catgut la fixe à l'orifice interne de l'urèthre.

La plaie vésicale est alors fermée par une suture à la Lembert. Un drain ordinaire est mis dans la vessie, il est maintenu haut par un catgut. Enfin, les fragments osseux résultant de la bandelette osseuse qui s'était fracturée sont replacés grâce à des sutures perforantes. Entre les droits écartés, on a auparavant créé la voie que suivra le tube de drainage. De chaque côté des droits, de minces bandes de gaze iodoformée sont disposées dans l'espace prévésical ; le reste de la paroi est fermé et la gaze sort aux extrémités de la ligne de suture.

L'opération, très pénible à cause de l'épaisseur de la couche de graisse et de la situation de la fistule, dura en tout cinq heures. Avec de courtes intermittences, la patiente resta tout le temps en position inclinée sur la chaise d'opération de Trendelenburg.

La narcose fut presque entièrement pratiquée à l'éther, c'est seulement au moment où le réveil allait se

produire qu'on a donné quelques bouffées de chloroforme.

Le premier soir et les jours suivants la malade fut abattue. L'urine sortant par le drain, auquel on avait fixé un tube de caoutchouc, s'écoula dans un bocal placé à côté du lit, si bien que la patiente couchée sur le côté et principalement sur le côté gauche resta complètement au sec. Par en haut et par en bas la vessie fut lavée avec de grandes précautions et sous une faible pression. Au troisième jour le tube était tombé de la vessie, il put être remis sans effort et on vida la vessie de cinquante centimètres cubes d'urine qui s'étaient accumulés dans la vessie sans s'écouler dans le vagin. Le neuvième jour, la sonde urétérale fut retirée ramollie. Le tube de drainage fut laissé vingt-quatre jours dans la vessie; par ce drain on put laver la vessie toutes les deux heures à l'eau bouillie, et une fois par jour au nitrate d'argent au 1/1000, car l'urine était devenue trouble. L'urine était recueillie dans un récipient où conduisait le tube à drainage. C'est seulement lorsque le tube venait à se boucher que l'urine s'écoulait par la plaie hypogastrique. Après la suppression du drainage la vessie fut, à de courts intervalles, vidée par le cathétérisme.

La patiente ne pouvait pas encore vider volontairement sa vessie, et lorsqu'elle faisait de gros efforts, une partie de l'urine passait par l'orifice de la cystostomie. Pendant la nuit on plaça une sonde par l'urèthre et la patiente put retenir jusqu'à 120 centimètres cubes d'urine et les évacuer spontanément.

La paroi abdominale présentait plusieurs fistules

suppurant passablement. Pour enlever les sutures osseuses, la patiente fut endormie au chloroforme et on trouva que le fragment osseux réséqué était nécrosé et cause des fistules. Après ablation de ce morceau d'os et des fils de suture la plaie guérit peu à peu, et le 11 mars, sept semaines après l'opération, la patiente pouvait être considérée comme guérie. La vessie se vidait d'un jet vigoureux toutes les trois ou quatre heures. Urine acide et absolument claire. La paroi abdominale était fermée sauf en deux points de la grosseur d'un haricot, où les tissus bourgeonnaient activement.

OBSERVATION VI

Mac Gill (1889)

Epithelioma du bas-fond vésical et de l'urèthre. Taille hypogastrique et extirpation du néoplasme. Fistule vésico-vaginale suturée immédiatement. Guérison de la fistule vésico-vaginale avec persistance d'une fistule hypogastrique.

E. J... est admise dans le Leeds Infirmary le 19 septembre 1889, comme souffrant de rétention d'urine.

Antécédents personnels. Pendant vingt-sept ans, elle avait pris du laudanum (une once et demie par jour). Elle a toujours eu une bonne santé.

Il y a cinq mois les symptômes urinaires ont débuté. La malade se plaignait de gêne pendant la miction et même de douleurs vraies et ses urines étaient sanguinolentes. Tous ces symptômes s'aggravent, et sept jours avant son entrée la rétention est complète. Elle urine par regorgement.

A l'examen, la matité vésicale est très étendue. Au toucher vaginal on sent une masse dure et nodulaire s'étendant du méat sur la paroi vaginale antérieure. Cette tumeur occupe le plancher de l'urèthre et s'étend sur le bas-fond vésical.

Au cathétérisme on retire plusieurs pintes d'urine. La rétention récidive.

Comme le cathétérisme est douloureux et provoque des hémorragies, on se décide à l'intervention.

On devait enlever la tumeur vésicale, suturer la vessie et laisser une fistule hypogastrique pour corriger l'imperméabilité du canal.

27 septembre 1889. — Intervention par voie vésicale. On injecte de l'eau boriquée dans la vessie.

La paroi abdominale est incisée transversalement.

La vessie découverte est dénudée, on l'incise transversalement,

On fixe sa lèvre inférieure à la paroi abdominale par trois fils de soie pour l'empêcher de retomber dans le bassin.

La malade est mise dans la position de la lithotomie avec spéculum vaginal.

La tumeur est enlevée au bistouri et aux ciseaux. Elle était plus étendue qu'on ne l'avait cru au simple examen.

Les deux tiers inférieurs de la circonférence de l'urèthre y étaient impliqués ainsi qu'une partie du bas-fond vésical.

Après avoir tout enlevé, il restait une ouverture de deux doigts communiquant avec le vagin.

On ferme cette ouverture avec des points séparés, à la soie fine, passés par la vessie et noués dans le vagin.

Les bords en furent rapprochés avec difficulté.

La vessie fut fermée au catgut fin et la plaie sus-pubienne au crin de Florence. On mit un drain dans la vessie.

La tumeur était un epithelioma pavimenteux.

Suites opératoires.

Pendant la semaine qui suit l'opération, l'urine s'écoule par le vagin.

La plaie vésicale n'est pas réunie, les fils ont sauté. Il reste une fistule qui admet l'extrémité du doigt.

Trente-sept jours après l'opération, cette fistule est fermée.

L'urine s'écoule par l'hypogastre; on donne un urinal à la malade et on l'envoie à l'hôpital des convalescents.

4 janvier 1890. — Elle revient. Ni la tumeur ni la fistule n'ont récidivé.

OBSERVATION VII

(Mac Gill 1890)

Fistule résiro-vaginale siégeant en avant de l'orifice du col utérin. — Suture par voie vésicale. — Guérison.

E. A. W., 17 ans, entre dans le Leeds Infirmary, service du docteur Braithwaite, le 23 novembre 1889.

On la fait passer dans le service du docteur Mac Gill le 3 janvier 1890; elle a été accouchée au forceps après quarante-huit heures de travail. Depuis, elle perd ses urines par le vagin.

Au toucher vaginal, en avant du col utérin, on sent

une fistule vésico-vaginale admettant l'index. Le périnée est déchiré jusqu'à l'anus.

11 Janvier 1890. — Intervention par voie vésicale. On incise transversalement la paroi abdominale.

La vessie découverte et dénudée, on l'incise transversalement et on fixe la lèvre inférieure à la paroi abdominale par trois fils de soie. Une spatule introduite dans le vagin soulève le bas-fond vésical.

On éclaire la vessie. La fistule est facilement découverte. On avive les bords et on fait deux plans de suture : un plan vaginal à la soie fine et un plan vésical au catgut chromé. On ferme la vessie et la plaie sus-pubienne. Un drain est introduit dans la vessie.

Suites opératoires. — Au cinquième jour, le drain vésical est enlevé.

Au huitième jour, l'urine s'écoule par l'urèthre. Au quinzième jour, les sutures vaginales sont enlevées. Au trentième jour, la plaie sus-pubienne est cicatrisée.

13 Février. — La malade urine normalement.

OBSERVATION VIII

(Bardenheuer 1891)

Très large fistule vésico-vaginale adhérente au petit bassin. —

Opération par la voie vésicale. — Avivement. — Suture.

— Guérison.

OBSERVATION IX

(Bardenheuer 1891)

Large fistule vésico-vaginale. — Adhérences étendues avec la paroi du bassin. — Intervention vaginale. — Insuccès.

— *Fistule considérablement agrandie (la main pouvait passer dans la vessie). — Opération par la voie vésicale. — Avivement. — Suture intra-vésicale. — Guérison après quatre semaines.*

OBSERVATION X

(M. Simon Duplay)

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie. — Intervention vaginale. — Ouverture du péritoine. — Insuccès. — Opération transvésicale. — Guérison.

Femme de 31 ans, domestique. Réglée à 13 ans, elle a eu 3 grossesses menées jusqu'à leur terme et dont la dernière, il y a quatre ans, s'est terminée par un accouchement long et laborieux, qui a été le point de départ d'accidents divers : prolapsus léger, métrosalpingite, péri-mérite et péri-salpingite.

Entrée à l'hôpital Beaujon au mois de décembre de l'année dernière, la malade fut opérée d'hystérectomie vaginale, au cours de laquelle il y eut blessure de la vessie, suivie de la production d'une fistule vésico-vaginale.

La malade quitta l'hôpital le 13 février dernier pour entrer, le même jour, dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Elle perdait involontairement toutes ses urines par le vagin ; cependant il arrivait parfois que, dans certaines positions, une petite quantité d'urine s'accumulait dans la vessie et était rendue par miction volontaire.

L'examen au spéculum me permit de constater l'existence d'une ouverture fistuleuse, occupant la partie la plus élevée de la paroi vésico-vaginale, située transver-

salement et mesurant environ deux centimètres et demi dans ce sens et un demi à un centimètre dans le sens antéro-postérieur. L'orifice de la communication avec la vessie était placé au fond d'un infundibulum assez profond, mais on parvenait sans trop de difficulté à le mettre à découvert.

Quoique l'accès de cette fistule ne fût pas très aisé, il me parut néanmoins qu'il serait possible d'en pratiquer l'avivement et la suture par le vagin.

A la fin du mois de mars je procédai à l'opération ; j'éprouvai, à la vérité, quelques appréhensions relative-ment au danger possible de l'avivement des bords de la fistule correspondant au cul de sac vaginal, *et j'avais lieu de craindre qu'à ce niveau, l'utérus manquant, la paroi vaginale ne fût très mince et très voisine du péritoine.* Je commençai l'avivement de ce côté, mais quoique procédant avec les plus grandes précautions et cherchant un avivement aussi superficiel que possible, j'avais à peine donné quelques coups de bistouri, que je vis un petit peloton graisseux faire hernie dans le vagin. Soupçonnant que c'était une frange épiploïque, je repoussai ce peloton graisseux et immédiatement, à sa place, vint faire saillie une petite portion d'intestin, facile à reconnaître à sa coloration. En repoussant l'intestin avec un stylet, je constatai que, comme je l'avais craint, *le fond du vagin* n'avait guère plus d'un millimètre d'épaisseur.

Renonçant à poursuivre l'opération, je fermai le petite perforation avec deux points de suture ; je nettoyai et désinfectai avec soin le vagin qui fut tamponné à la gaze iodoformée. Sonde à demeure dans la vessie. Aucune

suite fâcheuse, mais la fistule persistait dans le même état.

Abandonnant l'idée de traiter celle-ci par l'avivement et la suture, je fis plusieurs tentatives pour obtenir par la cautérisation soit au thermo soit au galvano cautère, soit avec les acides, une surface granuleuse que j'aurais ensuite réunie par quelques points de suture. Mais rendu timide par la connaissance de l'extrême minceur de la paroi vaginale, je ne pus jamais produire des escarres suffisantes pour fournir une plaie susceptible d'être réunie par la seconde intention. C'est alors que je me décidai à pratiquer la suture intravésicale de la fistule après cystostomie sus-pubienne.

Opération pratiquée le 13 juillet avec le concours de M. Clado.

Après les précautions d'usage : bain, purgatif, antiseptie de la région abdominale, de la vulve et du vagin, la malade étant soumise aux inhalations d'éther, et placée en position de Trendelenburg, on commence par laver la vessie avec de l'eau boriquée, puis on garnit le vagin de gaze iodoformée, et enfin on place dans le rectum le ballon de Petersen qui est distendu modérément.

La vessie reste à peu près vide et ne renferme qu'une très petite quantité de liquide.

Incision médiane, immédiatement au dessus du pubis, de 10 à 12 centimètres.

On arrive sans difficulté sur la vessie, que l'on ponctionne d'abord; puis on agrandit l'incision et l'on place de chaque côté, à travers toute l'épaisseur de la paroi vésicale, trois fils suspenseurs.

L'incision vésicale est assez longue et ne mesure guère moins de 10 centimètres. On découvre aussitôt et *avec la plus grande facilité* la fistule placée transversalement au niveau du bas-fond de la vessie, de forme ovale, présentant environ 2 centimètres et demi dans son plus grand diamètre, et un centimètre dans le diamètre antéro-postérieur. Elle est située au fond d'un infundibulum peu profond, ses bords sont minces, violacés.

A l'aide d'une longue pince à dents de souris et d'un bistouri courbé sur le plat, on procède peu à peu au décollement de la muqueuse vésicale, que l'on sépare de la paroi vaginale. Ce décollement circulaire, qui a pour effet de dédoubler le pourtour de la fistule, est fait largement et dans une étendue d'au moins un centimètre, sans qu'il y ait d'écoulement de sang notable.

Ce premier temps opéré, il ne reste plus, avant de procéder à la suture, qu'à aviver légèrement les bords de la bande annulaire résultant du décollement. Cet avivement se fait avec les ciseaux courbes et se borne à l'excision d'une petite étendue du bord libre de la muqueuse décollée, n'excédant pas 2 millimètres.

La suture comprend deux plans : l'un portant sur la paroi vaginale, l'autre sur la paroi vésicale. La première devant rester extra-vésicale est faite avec la soie et à l'aide d'une aiguille courbe ordinaire. On place ainsi dans le sens antéro-postérieur trois points de suture qu'une fois serrés, ferment déjà très hermétiquement la fistule du côté du vagin.

Pour la suture de la muqueuse vésicale on se sert de catgut moyen, que l'on passe avec l'aiguille de Rever-

din courbe. Trois fils sont placés d'avant en arrière, comme les fils de la suture profonde.

Lorsque cette suture est achevée, la fistule se trouve exactement fermée du côté du vagin et du côté de la vessie, où elle apparaît maintenant sous l'aspect d'une ligne transversale dont les bords sont exactement rapprochés et forment une légère saillie sous forme de crête.

Ce temps capital de l'opération étant achevé, on procède à la réunion de la plaie vésicale hypogastrique et de la plaie abdominale.

Deux plans de suture réunissent la plaie vésicale : l'un sur la muqueuse, l'autre sur la musculuse; tous les deux au catgut.

Pour la plaie de la paroi abdominale on réunit d'abord par un surjet au catgut le tissu cellulo adipeux prévéscical et les couches musculaires profondes, puis par des points séparés au fil d'argent les muscles et la peau. Un petit drain est placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate, légèrement compressif.

Mèche de gaze iodoformée dans le vagin. Sonde de Sims à demeure.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 38 degrés. La malade a peu souffert. Le petit drain laissé à l'angle inférieur de la plaie abdominale a été enlevé le troisième jour.

La gaze qui remplissait le vagin, extraite avec précaution le quatrième jour, n'était pas souillée d'urine et a été renouvelée. Les fils d'argent ont été enlevés le

neuvième jour ; la plaie était réunie, sauf au niveau du drain ainsi que nous le dirons.

La sonde de Sims a été assez mal supportée, mais cependant on a pu la conserver jusqu'au quinzième jour.

Aucun écoulement d'urine par le vagin depuis l'opération. La malade, qui éprouva d'abord des besoins très fréquents, arrive peu à peu aux conditions de la miction normale.

Nous devons seulement mentionner l'incident suivant : le trajet du drain placé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, qui ne s'était pas cicatrisé, après avoir donné issue pendant quelques jours à un liquide muco-purulent assez abondant, a laissé écouler, vers le quatorzième jour, une petite quantité d'urine. Mais cette fistule vésico-hypogastrique s'est rapidement fermée, et le 9 août, c'est-à-dire moins d'un mois après l'opération, la malade quittait mon service entièrement guérie et conservant à peine un peu de ténésme vésical.

Nous avons reçu de ses nouvelles encore tout récemment, et la guérison ne s'est pas démentie. La santé générale, qui laissait beaucoup à désirer, est aussi devenue excellente.

« En terminant, je veux seulement attirer l'attention d'une façon toute particulière sur le manuel opératoire suivi dans le cas précédent, c'est-à-dire sur le mode d'avivement et de suture. Le dédoublement de la paroi vésico-vaginale, au pourtour de la fistule, les deux rangs de suture, l'une profonde et extra-vésicale, l'autre superficielle et intra-vésicale me paraissent, en effet,

devoir être adoptés à l'avenir comme le seul procédé capable d'assurer le succès de l'opération. »

OBSERVATION XI

(Baumm 1889)

Fistule vésico-vaginale. — Une tentative de suture par voie vaginale. — Insuccès. — Intervention par voie vésicale. — Guérison avec persistance d'une fistule hypogastrique.

M^{me} X..., journalière, multipare, fut prise d'incontinence d'urine au mois d'août 1889.

Trois semaines auparavant, elle avait eu un accouchement très pénible, quatorze jours après avoir perdu les eaux. L'enfant, mort, se présenta par la tête.

Cette femme fut atteinte d'infection puerpérale grave. Elle eut une fièvre intense et sa température moyenne fut 40°. Les urines ammoniacales s'écoulaient par le vagin, et les dernières émises contenaient de petites masses grisâtres.

Au toucher vaginal. Le doigt rencontrait deux orifices, l'un central, par lequel l'extrémité du doigt pénétrait dans la cavité utérine, l'autre situé en avant et à droite, derrière une bride large d'un demi-centimètre, de la grandeur d'un mark, et donnant accès dans la vessie. Les bords de ces deux trous étaient formés de lambeaux déchiquetés, nécrosés. Le bassin de cette femme était fortement aplati. Il s'agissait évidemment d'une fistule vésico-cervico-vaginale, dans laquelle toute la portion vaginale était détruite et les parties molles, environnantes, endommagées.

L'état de la malade réclamant des soins, elle fut dirigée sur un hôpital.

Le 26 février, elle rentrait dans mon service.

Quelques jours après, la fièvre cessa, mais la malade était faible et mourante. Toute l'urine passait dans le vagin.

Au toucher vaginal. Le vagin offre l'aspect d'un large doigt de gant ayant deux ouvertures au sommet. A travers le plus petit orifice, on peut introduire une courte tige dans le col de l'utérus. La fistule vésicale permet l'introduction de l'index. La muqueuse de la vessie fait hernie entre les lèvres de la fistule. Les parois du vagin étant en grande partie formées de tissu cicatriciel très adhérent aux plans sous-jacents, toute tentative faite pour attirer l'utérus en bas et la fistule, n'amène que des déchirures de ce tissu cicatriciel. Il fallait opérer cependant à la partie supérieure de cette fistule. Quel chemin prendre ?

La voie nouvellement tracée par Trendelenburg semblait s'offrir comme la meilleure. L'état de la malade, très affaiblie, n'était pas à négliger.

Sans doute, le vagin est court, l'entrée est large, et il ne paraît pas impossible de recourir à cette voie.

Je saisis donc la fistule par le vagin, mais il advint que j'avais mal apprécié les difficultés de l'opération, car l'avivement des lèvres de la fistule, au fond du vagin, était extraordinairement difficile. L'application des points de suture, la réunion des bords de la plaie, ne purent se faire dans de bonnes conditions, malgré l'emploi d'aiguilles et de porte-aiguilles des plus variés, et je ne pus aboutir. La fistule fut fermée dans une certaine

étendue, mais les bords se désunirent. Je ne m'illusionnais pas sur le mauvais résultat de mon intervention et je résolus de faire bientôt une nouvelle opération d'après la méthode de Trendelenburg.

17 Février 1889. *Intervention par voie vésicale.* On prépare comme pour une laparotomie; on désinfecte le vagin, on met la malade sur le lit de Trendelenburg, le bassin relevé, les jambes dépassant complètement la table et maintenues par un aide qui les tenaient par dessus les épaules.

On sectionne transversalement la paroi abdominale dans une étendue de huit à dix centimètres. Au fond de l'espace prévésical, on rencontre la paroi vésicale antérieure qu'on sectionne dans une étendue de six centimètres environ.

Les bords de la plaie vésicale sont fixés au bord de la plaie hypogastrique par des fils de soie.

On peut voir ainsi très facilement le bas-fond vésical.

La fistule et l'orifice urétéral droit étaient visibles; quant à l'orifice urétéral gauche, on dut le rechercher au moyen d'une sonde. Il était caché et recouvert par la cicatrice résultant de la première opération. Il y avait encore dans cette petite cicatrice, une fistule vésico-vaginale.

En somme, il existait, comme la première fois, deux fistules placées dans l'espace inter-urétéral.

On fait une large incision, en entonnoir, circonscrivant les deux fistules. Grâce au bon éclairage du champ opératoire, cet avivement fut assez facile.

Cette incision était large de deux centimètres, un peu rétrécie cependant au niveau des abouchements urétraux.

Un aide repoussait par le vagin les portions qu'il fallait aviver.

L'orifice urétéral gauche, qui était difficile à voir, fut indiqué par une sonde introduite dans son trajet.

La plaie fut réunie avec des fils de soie noués dans le vagin.

Dans ce but, les fils étaient munis à leurs deux extrémités d'une aiguille, et ces aiguilles étaient passées ensuite de la vessie vers le vagin, où elles étaient saisies par la main gauche de l'opérateur.

La suture fut faite, lorsque les huit points eurent été placés par le miroir de Simon.

Deux points de suture furent mis en dehors, à droite et à gauche, pour renforcer les autres sutures au cas de tiraillements trop considérables. L'incision vésicale fut réunie par une double rangée de sutures, en laissant une ouverture centrale destinée au passage d'un drain en T. La première rangée de sutures à la soie comprenait toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La deuxième rangée, à la soie aussi, fut placée, d'après la méthode de Lembert, en recouvrant complètement la première. La vessie fut lavée par le drain avec une solution de sublimé faible, jusqu'à ce que le liquide ressortit limpide.

Et quand on fut convaincu, au moyen de pression, qu'aucun liquide ne passait à travers les points de suture, la paroi abdominale fut réunie à droite et à gauche du drain par des sutures profondes à la soie. On laissa une ouverture, large comme le doigt, par laquelle l'espace prévésical fut tamponné à la gaze iodoformée.

On mit aussi dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Suites opératoires. Les premiers jours, la malade souffre beaucoup. On lui fait des piqûres de morphine.

La température du troisième au sixième jour s'éleva à 38°,9. L'urine, qui s'écoulait par le drain, était recueillie dans un urinal.

La plaie abdominale ne fut pas aussi lisse que Trendelenburg le rapporte dans ses observations.

Malgré les fortes sutures passées à travers toute l'épaisseur de la paroi et malgré leur éloignement des bords de la plaie, le plus grand nombre d'entre elles avaient manqué trois jours après l'opération.

La rétraction des muscles droits était considérable. La plaie abdominale baillait dans toute son étendue.

Elle se remplit de granulations et se ferma lentement. Du côté de la vessie, rien d'anormal; à peine quelques douleurs et un peu de ténésme.

L'urine, sanglante au début, devint claire et de réaction acide; à partir du troisième jour, sa réaction devint alcaline.

Le septième jour, une partie de l'urine passa par le vagin. On ne sentait pourtant pas de fistule.

Après avoir examiné et écarté les sutures profondes, on s'aperçut, au onzième jour, que l'urine passait à travers trois pertuis restés ouverts quinze jours après l'opération : l'état était pire qu'auparavant. La femme avait une grande plaie abdominale et l'urine s'échappait en haut et en bas.

Trois semaines après, la malade se leva.

L'espoir d'une guérison spontanée de ces fistules vaginales n'étant plus à chercher, on se mit à les cautériser avec du nitrate d'argent; deux d'entre elles guérissent d'abord cinq semaines après l'opération.

La troisième, étant rebelle à ce genre de traitement, six semaines après l'opération, on l'aviva par le vagin et on la sutura par trois points à la soie.

L'urine s'écoulait toujours par l'hypogastre.

De cette façon, la fistule vaginale guérit enfin.

La fistule hypogastrique persistait avec ses caractères. Neuf semaines après l'opération, la plaie abdominale était encore si large qu'il restait une surface grosse comme une fève, granuleuse, au milieu de laquelle était une ouverture qui conduisait dans la vessie.

La fistule, qui semblait ne pas vouloir se fermer d'elle-même, fut taillée, avivée en forme d'entonnoir et suturée.

La guérison ne vint pas; pour la deuxième fois, la malade fut opérée. On tailla un lambeau en forme de tranche de melon, et on sutura les bords de la plaie; mais, cette fois encore, insuccès.

La malade quitta l'Institut avec sa fistule hypogastrique. Au moyen d'un bandage compressif, et grâce à l'écoulement habituel et fréquent des urines par l'urèthre, la situation est tolérable.

OBSERVATION XI

(Pousson 1894)

*Fistule uréthro-vésico-vaginale chez une fillette de six ans.
Suture par la voie vésicale. Guérison de la fistule vésico-
vaginale, avec persistance de la fistule uréthro-vagi-
nale.*

H..., 6 ans, de chétive apparence.

Il y a deux ans, notre excellent ami, le docteur Piéchaud, l'a opérée d'un calcul qui, après avoir ulcéré la paroi vésico-vaginale, faisait saillie dans le vagin.

Depuis, elle perd ses urines par le vagin.

On lui a fait subir deux tentatives de suture par la voie vaginale. Il n'y a pas eu de résultat appréciable.

Elle entre, pour la première fois, dans le service de clinique chirurgicale, en septembre 1892.

Elle est pâle, amaigrie, peu développée pour son âge.

Elle reste toutes ses journées assise sur une chaise.

Elle est triste, et la faiblesse de son intelligence tient à son isolement.

A l'examen, on constate un gonflement œdémateux des grandes lèvres qui forment deux bourrelets saillants, fermant la vulve. Les téguments qui recouvrent les grandes lèvres, sont sains, au moins dans la partie que l'on voit sans les écarter; mais, au niveau de la commissure inférieure, l'écoulement incessant de l'urine a déterminé des ulcérations, se prolongeant sur le périnée, qu'ils ravinent profondément.

De la fourchette à l'anus s'étend un sillon ulcéré, profond, à bords taillés à pic et recouverts d'un enduit muqueux, imprégné de sels calcaires.

L'écartement des grandes lèvres montre leur face interne et toute la vulve tapissées d'une couche mucopurulente, grisâtre, infiltrée de sels phosphatiques.

Au toucher vaginal, l'orifice mettant en communication le vagin et la vessie admet l'extrémité du petit doigt, qui pénètre dans la vessie, et est sentie à travers l'hypogastre. En arrière de l'angle postérieur de la fistule, il existe un éperon d'un centimètre de longueur, séparant cet angle du fond du vagin.

Le vagin, malgré deux interventions antérieures pour suturer la fistule, n'a guère qu'un diamètre de deux centimètres et demi.

On ne voit que très imparfaitement la fistule, mais en examinant le vestibule, on constate *de visu* que la paroi inférieure de l'urèthre est détruite, et qu'une fissure uréthro-vaginale fait suite à la fistule vésico-vaginale.

Les tentatives de suture, ayant échoué deux fois entre les mains du docteur Piéchaud, en raison d'autre part de l'étroitesse du vagin, on se décide à intervenir par voie vésicale.

27 septembre 1892. — *Intervention par voie vésicale.* Anesthésie au chloroforme, sans incident.

On désinfecte soigneusement le vagin, la vulve et l'hypogastre. La paroi abdominale est incisée longitudinalement.

On incise la vessie. L'incision est de quatre centimètres. On passe un fil de soie sur les lèvres de l'inci-

sion vésicale et un aide les tient écartées. Avec un bistouri boutonné, on avive les bords de la fistule, et on procède à la suture aux fils de soie.

Les fils de soie sont passés à travers les lèvres de l'avivement vésical, jusque dans le vagin et sont noués dans la vessie. On refait le plancher de l'urèthre. Une sonde à demeure est mise dans le canal, et les tubes de Guyon-Périer sont introduits dans l'hypogastre.

Suites opératoires. Pendant trois jours après l'opération, la température est de 38°.

Au neuvième jour, la sonde et les tubes de Guyon-Périer sont enlevés.

Pendant quelques jours, l'urine s'écoule par l'urèthre et par l'hypogastre.

Quinze jours après, la suture uréthro-vaginale a cédé, mais la fistule vésico-vaginale est guérie.

OBSERVATION XIII

Dr Rafin.

Fistule vésico-vaginale ayant succédé à une hystérectomie.

Deux tentatives de suture par voie vaginale sans résultat. Suture par voie vésicale. Guérison. Calculs secondaires. Taille itérative. Guérison complète.

Madame de X., 54 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 17 octobre 1901, parce qu'elle perd ses urines par le vagin.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'hémorragie cérébrale.

Sa mère est vivante, bien portante.

Sa sœur est albuminurique.

Antécédents personnels. — A l'âge de neuf ans elle a la fièvre typhoïde. Celle-ci se serait compliquée d'amnésie. Elle est réglée à 13 ans. La menstruation est régulière mais s'accompagne d'anémie assez marquée.

Elle se marie à 22 ans. Son mari bien portant, Son fils, très délicat, a eu des convulsions dans son enfance, puis est mort de fièvre typhoïde.

Sa fille est bien portante.

Elle est sujette aux douleurs rhumatoïdes.

Il y a quatre ans, elle a eu des douleurs sciatiques.

Ses règles ont disparu à cette époque.

L'année dernière, on lui découvre, par hasard, un fibrome dont la malade ne se doutait pas, n'ayant donné lieu à aucun symptôme. Elle n'a jamais eu d'hémorragie. On lui propose une intervention qui est acceptée.

30 août 1900. — Hystérectomie vaginale, à Paris, par le docteur X..., de Paris.

Cinq jours après, elle perd ses urines par le vagin.

Le Dr Potherat, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui fut alors appelé à lui donner ses soins, découvre au toucher vaginal, sur la paroi vaginale antérieure, une fistule ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs.

On met une sonde de Pezzer et on prescrit le repos au lit. La sonde est changée toutes les semaines.

Trois mois après, la fistule n'est pas cicatrisée. Les dimensions sont sensiblement les mêmes que lors du premier examen.

On propose une intervention par voie vaginale qui est acceptée.

7 décembre 1900. — Intervention par voie vaginale

(Dr Potherat). On tente de suturer la perte de substance par neuf points séparés à la soie.

Deux points ont malheureusement sauté, si bien qu'il persiste deux fistules.

25 décembre 1900. — On enlève la sonde de Pezzet. On fait trois injections vaginales par jour, deux lavages vésicaux par semaine. La malade perd de nouveau ses urines par le vagin.

12 février 1901. — Deuxième intervention par voie vaginale (Dr Potherat). Le résultat ne fut pas parfait. La malade perdait moins d'urines. Dans le décubitus dorsal, elle gardait quelques grammes d'urines et sentait nettement le besoin d'uriner.

Le décubitus latéral, droit ou gauche, provoquait l'écoulement d'urines par le vagin.

La malade vient habiter à Lyon. Elle consulte alors le docteur Rafin.

A l'entrée à l'hôpital. — La malade perd ses urines en partie par le vagin. Elle urine un peu par le méat, les mictions sont très peu abondantes.

Il existe un certain degré de capacité vésicale ; on peut injecter 50 grammes d'eau boricuée dans la vessie, Au repos, dans la station assise, dans le décubitus dorsal, il n'y a pas d'écoulement d'urines dans le vagin ; au contraire, dans la station debout et pendant la marche, les urines s'écoulent entièrement par le vagin.

Au toucher vaginal : dans le tiers supérieur de la cloison vésico-vaginale, on sent un orifice dur, de direction surtout transversale, ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous. Cet orifice admet l'index.

Le toucher vésical est rendu possible.

Par injection de liquide dans la vessie, on n'a pas de peine à reconnaître une fistule vésico-vaginale.

Capacité vésicale : 80 grammes.

Les urines sont un peu troubles, sans odeur. La réaction au tournesol est neutre.

Rien au cœur.

Rien aux poumons.

Etat général bon.

La malade avait subi deux interventions par la voie vaginale. Autour de la fistule, il existait un tissu dur, fibreux, peu propre à une troisième tentative d'avivement. Il y avait de l'infection vésicale.

Comment allait-on intervenir et par quelle voie ?

La voie vaginale paraissait difficile en raison de la profondeur et de la fixité de la fistule. La suture aurait été pénible et probablement incomplète. C'est alors que M. le docteur Rafin songea à intervenir par voie vésicale : 1^o pour suturer plus complètement et en tissu meilleur ; 2^o pour vérifier l'état de la vessie, enlever les calculs, s'il y avait lieu, mettre la vessie au repos et favoriser ainsi la réunion immédiate.

29 Octobre 1901. — Intervention par voie vésicale. Anesthésie au mélange de Billroth sans incident.

1^{er} Temps. — Taille hypogastrique suivant le manuel opératoire classique. Incision longitudinale de la paroi abdominale et de la vessie.

La vessie se déchire facilement sous les écarteurs.

2^e Temps. — Avivement et suture. L'avivement a été fait de la façon suivante : d'abord incision circonférentielle qui enlève une certaine étendue de tissu fibreux, constituant les bords de la fistule, sur toute l'épaisseur de

la paroi vésicale. Puis deux incisions sont faites sur la muqueuse vésicale, en avant et en arrière de la fistule, sur une longueur de un centimètre et demi. Cette double incision comprend la muqueuse et une portion du tissu musculaire. Avec les ciseaux, on décolle la muqueuse du tissu musculaire sous-jacent, sur toute la longueur des incisions et de la fistule, de façon à constituer deux lambeaux, l'un droit, l'autre gauche, ayant au moins un centimètre de hauteur. Puis on fait les sutures.

1^o Surjet à la soie très fine sur les bords vaginaux de la fistule n'intéressant pas la muqueuse vaginale et ne pénétrant pas dans le vagin, tout en le fermant hermétiquement ;

2^o Surjet à la soie fine, rapprochant l'une de l'autre la base des deux lambeaux vésicaux. En d'autres termes, le surjet est passé au niveau de l'angle que forment les deux lambeaux que l'on a obtenus de chaque côté en dédoublant la paroi vésicale ;

3^o Le surjet au catgut chromique est intra-vésical. Il n'intéresse que les bords libres des deux lambeaux et enfouit les précédents.

3^e Temps. — Suture de la vessie et de la paroi abdominale. On ferme la vessie, par points séparés, au catgut Repin. On met les tubes de Guyon-Perrier comme à l'ordinaire ; on met une sonde de Sims à demeure.

On ferme la paroi abdominale par deux plans :

1^{er} Plan. — Musculo-aponévrotique au catgut chromique ;

2^e Plan. — Fil métallique.

Suites opératoires. — Le soir, à 5 heures, tubes de Guyon-Perrier fonctionnent bien.

La malade ne souffre pas.

L'état général est bon.

1^{er} Novembre 1901. — Les tubes n'ont pas fonctionné pendant la nuit. On les enlève, car ils étaient probablement sortis de la vessie.

La sonde de Sims a été expulsée deux fois pendant la nuit. La première fois, elle a été remise immédiatement ; la deuxième fois, elle n'a pu être placée que six heures après.

Nausées et vomissements qui peuvent être mis sur le compte d'une longue anesthésie.

La malade ressent parfois le besoin d'uriner et expulse à côté de la sonde, et au prix de grandes douleurs, un peu d'urine par le canal.

Le soir, la sonde et les tubes fonctionnent bien ; toutefois, quelques petites mictions s'effectuent autour de la sonde.

3 Novembre. — La sonde a bien fonctionné. La malade ne s'est pas mouillée. Il n'est donc pas sorti d'urine par le vagin. La fistule vésico-vaginale est bien fermée.

Il sort une petite quantité d'urine par la voie hypogastrique. Il n'en sortait pas auparavant.

Les nausées persistent, tout en diminuant de nombre et d'intensité. On donne un lavement purgatif qui est suivi d'une selle copieuse. La température, depuis l'opération, n'a pas dépassé 38°,5.

L'état général se maintient bon.

7 Novembre. — Rien ne semble sortir par le vagin. On enlève la sonde de Sims.

On fait des lavages vésicaux à l'eau boriquée matin et soir, car l'urine a un peu d'odeur.

8 Novembre. — On continue les lavages vésicaux.

L'urine sort par la plaie hypogastrique. L'urine cesse de passer par la plaie hypogastrique le vingtième jour après l'opération, et la fistule vésico-vaginale est définitivement tarie.

On a fait des lavages boriqués tous les jours, puis tous les deux jours, suivis d'un lavage nitraté à 0,25 pour cent.

Les urines étaient un peu troubles mais n'avaient plus d'odeur.

23 novembre. — La malade sort de l'hôpital. La plaie abdominale a les dimensions d'une pièce de deux francs. Elle bourgeonne peu. L'état général est bon. Il en est de même de l'état local.

26 novembre. — On n'a pas fait de lavage depuis trois jours. Les urines sont un peu troubles et d'odeur ammoniacale. On fait un grand lavage boriqué.

7 décembre. — Hier, la malade a souffert un peu et expulsé un petit fragment de catgut chromique. On fait un lavage boriqué. Le soir elle souffre et expulse un débris de calcul blanc développé sur un fil, ayant les dimensions d'un haricot.

13 décembre. — Examen cystoscopique. La vessie est un peu congestionnée. Sur la face inférieure, on voit la cicatrice grisâtre de la fistule guérie et dans le voisinage la muqueuse est irrégulière. On voit un petit corps blanc pédiculé sur la muqueuse.

30 janvier 1902. — La malade souffre un peu.

Examen cystoscopique révèle la présence d'un petit calcul, qui siège sur la ligne de suture en avant,

Lithotritie. Anesthésie à la cocaïne. Il sort au lavage de nombreux débris calculeux.

Aussitôt après, la cystoscopie montre une surface arrondie, un peu surélevée, avec une teinte, partie rouge foncée, partie blanche comme incrustée.

11 mars 1902. — Le malade a expulsé par l'urèthre un morceau de fil en forme de nœud et des débris phosphastique. L'urine est trouble, glaireuse, sans odeur, à réaction alcaline.

7 mai. — L'état de la malade ne fait que s'aggraver. Elle évacue fréquemment de petits graviers blancs, très rugueux, qui produisent par leur passage de vives douleurs. Il y a huit jours, rétention d'urine provoquée probablement par un calcul.

Mictions : toutes les deux heures, au repos ; toutes les heures quand elle marche.

La présence de calculs ayant été reconnue et la lithotritie faite, il est vrai, sans anesthésie générale, s'étant montrée insuffisante, on propose la taille hypogastrique qui est acceptée.

10 mai 1902. — Taille hypogastrique. Après lavage boricé préalable, on fait une incision longitudinale de quinze centimètres pour corriger un peu l'éventration qui a succédé à la première taille. On a de la difficulté à trouver la vessie en raison du tissu cicatriciel qui la recouvre.

Celle-ci ouverte, on trouve deux calculs appendus à des fils de soie. L'un d'eux, pendant la manipulation, se détache de son fil, on a soin d'accrocher soigneusement le fil qui se casse : c'est l'inférieur. Le supérieur est saisi avec prudence, mais le fil se casse à peu près

à la même hauteur. Au-dessus se trouve un point blanc qui se déchire lorsque je cherche à l'exciser ; les calculs ont la grosseur de petites noisettes. Le fil de soie est attiré, mais il s'est brisé sur une mince traction. Au niveau du point où adhérerait le fil inférieur, il persiste une dépression sur la muqueuse vésicale. Sonde de Pezzet.

Suture de la vessie au catgut Répin n° 1 en ayant soin de ne pas empiéter sur la muqueuse. Cette suture est imparfaite à la partie inférieure.

Un deuxième plan adosse non pas la vessie mais les tissus fibreux qui la recouvrent.

On met un drain et une mèche qui descendent au contact de la partie inférieure de l'incision vésicale.

L'aponévrose des droits est ouverte dans le sens de toute la longueur de l'incision pour corriger et prévenir l'éventration.

Suture de l'aponévrose au catgut chromique.

Suture de la peau au fil métallique.

Suites opératoires. — La température n'a pas dépassé 38° après l'opération.

Fin juin 1902. — La malade va bien. L'urine est acide.

5 décembre 1902. — L'urine est un peu louche, sans odeur, à réaction acide. Mictions : deux ou trois le jour, une la nuit.

La plaie est bien cicatrisée après plusieurs abcès. Légère éventration.

10 novembre 1908. — L'opérée a été suivie depuis quatre ans. Elle n'a présenté aucun trouble urinaire et son état de santé est très bon.

OBSERVATION XIV

(Delbet 1901)

Fistule large et adhérente au bassin. — Insuccès vaginaux répétés. — Suture par la voie transvésicale. — Guérison.

A la Société de chirurgie de Paris, le 20 novembre 1901, M. Delbet insiste sur les avantages que l'on peut retirer de la taille hypogastrique dans les cas particulièrement graves. Il a obtenu, grâce à elle, un succès chez une femme chez laquelle tous les procédés vaginaux avaient échoué. Mais les bords de la fistule étaient adhérents à l'os, il dut, pour pouvoir faire la suture, détacher à la rugine un lambeau comprenant le périoste de l'ilion fusionné avec la muqueuse vésicale.

OBSERVATION XV

(Imbert)

*Fistule vésico-vaginale opérée par la voie transvésicale.
Guérison.*

Le 15 mars 1906, à la Société de chirurgie de Marseille, M. Imbert communique une observation de fistule vésico-vaginale juxta-cervicale ; la malade qui en était atteinte fut opérée à une époque où il n'était pas encore question de dédoublement.

M. Imbert pratiqua la taille hypogastrique et fit un avivement circulaire de l'orifice vésical de la fistule ;

après quoi, il le sutura par un double plan de catgut et ferma complètement la vessie à l'hypogastre. La guérison survint sans incidents.

OBSERVATION XVI

(Schwarz 1904)

Fistule vésico-vaginale très large. — Tentative infructueuse de colpocléisis. — Opération par la voie transvésicale. — Guérison.

Femme de 21 ans présentant un vagin très étroit, avec une large ouverture par laquelle se vidait l'urine et le sang menstruel. Schwarz essaya un colpocléisis haut pour faire passer par l'urèthre l'urine et le sang des règles ; cette opération échoua.

Après quelque temps, il pratiqua une cystostomie sus-pubienne, il aviva la fistule, la sutura et sutura ensuite l'orifice de la cystostomie. Guérison. Continence.

OBSERVATION XVII

(D^r Villard 1908)

Néoplasme du col. — Hystérectomie totale. — Wertheim. — Guérison avec fistule vesico-vaginale. — Deuxième intervention par la voie transvésicale. — Suture de la fistule. — Guérison.

La malade est opérée le 12 Décembre 1907 pour un cancer utérin. On trouve un néoplasme du col ayant déjà infecté le tissu cellulaire en avant et en arrière de

l'utérus. On fait une hystérectomie totale, on dissèque sur une assez grande longueur les uretères et l'on est obligé d'enlever une partie postérieure des tuniques vésicales.

Excellentes suites opératoires.

Persistance d'une fistule vésico-vaginale.

La vessie se rétracte, l'orifice de la fistule s'élargit.

La malade part le 30 Décembre 1908, avec persistance de sa fistule ; ses urines sont claires.

Mars 1908. — La malade revient pour se débarrasser de sa fistule urinaire. La cicatrice vaginale de l'intervention est absolument souple, l'état général de la malade est florissant et on ne peut trouver aucune trace apparente de récurrence. Il existe dans la paroi antérieure du vagin une perforation vésicale pouvant admettre facilement l'index.

L'intervention est décidée et pratiquée par la voie haute quelques jours après l'entrée de la malade.

Laparotomie en position fortement inversée.

Incision sus-pubienne médiane.

Le péritoine prévésical décollé est fortement refoulé en haut et la face antérieure de la vessie est totalement mise à découvert.

Longue incision de cette face antérieure.

Une valve est placée dans l'angle inférieur de la plaie vésicale.

On aperçoit alors facilement l'orifice de la fistule dont les bords sont tangents aux orifices urétéraux.

Dissection des lèvres de la fistule, dédoublement de la paroi vésico-vaginale ; deux plans de suture au catgut oblitèrent l'orifice, l'un placé sur le vagin, l'autre sur la muqueuse.

La fermeture paraissant parfaite et la vessie n'étant pas infectée, fermeture totale de la brèche vésicale antérieure. Une sonde à demeure est laissée dans la vessie. Elle est retirée au bout de huit jours et la guérison de la fistule est définitive. La malade sort au bout de trois semaines.

En Juin elle revient dans le service du professeur Villard.

Le cancer a récidivé.

La malade meurt le 24 Juillet 1908.

L'autopsie est pratiquée. La vessie recueillie est parfaitement cicatrisée, il n'existe aucune trace de fistule.

OBSERVATION XVIII

(Villard 1906)

Fistule résico-vaginale opérée par la voie transvésicale.

Guérison. — Insuccès antérieur de la voie vaginale.

L'observation n'a pu être retrouvée, elle a été reconstituée schématiquement.

Femme d'environ 30 ans, large fistule des dimensions d'une pièce de quarante sous occupant la région du trigone et consécutive à un accouchement remontant à près de deux ans.

Une tentative d'intervention vaginale faite en dehors de Lyon a échoué.

Même manuel opératoire que dans l'observation précédente.

Lorsqu'après quelques jours on retire la sonde à demeure, un peu d'urine suinte, la guérison se fait spontanément au bout de quelque temps.

OBSERVATION XIX (personnelle)

(D^r Denis d'Alger)

Fistule vésico-vaginale haute. — Intervention par la voie transvésicale. — Reste une fistulette.

Femme, 38 ans, fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale faite en 1907.

Entre au mois de juillet 1908 dans le service du docteur Denis, chirurgien des hôpitaux.

La fistule siège très haut sur le vagin, elle est inabaisable. L'orifice admet l'extrémité de l'index. Les urines passent en totalité par le vagin. La vessie est infectée, les urines sales, la malade a des crises douloureuses à point de départ vésical et à irradiations pelyiennes.

La cystite est soignée, de grands lavages sont faits; en bouchant avec un doigt l'orifice vaginal de la fistule, on arrive peu à peu à rendre à la vessie une capacité presque normale.

L'intervention est pratiquée en octobre 1908. Taille transversale. Position inversée.

La vessie ouverte est provisoirement suturée aux plans superficiels de la paroi abdominale, l'orifice fistuleux apparaît en arrière du trigone vésical. Forme régulièrement arrondie de la perte de substance.

La muqueuse vésicale est épaissie et rouge, il est difficile de voir les orifices urétéraux.

Le dédoublement des parois vésico-vaginales est fait sur une largeur d'un centimètre et demi, après qu'on a sectionné tout autour de la fistule une mince collerette comprenant vessie et vagin.

Le dédoublement est relativement facile, la vessie se détachant bien du plan rigide représenté par la paroi vaginale.

La suture est faite au catgut et avec les aiguilles courbes de Hagedorn.

Le plan vaginal est mince et sclérosé, il cède sous la traction des fils et se fissure.

Le plan de sutures vésicales paraît beaucoup meilleur. La vessie est refermée en laissant un orifice médian par lequel sort un drain dont l'autre extrémité passe par l'urèthre.

Drainage de l'espace prévésical.

L'opérée est placée dans son lit et couchée sur le côté.

Le lendemain, l'urine s'est entièrement écoulée par les deux extrémités du drain, rien n'a suinté par le vagin. La situation demeure favorable pendant dix jours. A ce moment un fil lâche, et il se forme une petite fistulette qui persiste encore le 16 octobre 1908. Les dimensions actuelles de la perte de substance sont si exiguës que l'on espère guérir cette fistule par la cautérisation.

OBSERVATION XX

(Professeur Rochet)

Femme F..., âgée de 35 ans. A la suite d'un accouchement très laborieux, sphacèle d'une grande partie de la cloison vésico-vaginale et large fistule admettant l'extrémité du petit doigt.

Première tentative d'une cure par le vagin, par le procédé de Ricard très soigneusement appliqué, malgré que la suture, à la suite d'une large dissection périphérique, ne tirât point du tout, les fils lâchèrent tous au bout de huit jours. Pendant cette période, la malade avait été très éprouvée, avait eu de la fièvre, des douleurs rénales vives, et ne fut soulagée que quand les sutures eurent lâché.

On eut l'explication de ce phénomène lors d'une seconde opération faite, avec mon collègue et ami Tixier, par la voie haute.

Après une large taille transversale de la vessie, donnant beaucoup de jour, je ne pus arriver à découvrir les orifices urétéraux, qui étaient compris dans la périphérie même de la fistule.

On ne put faire à ce moment d'urétéro-cysto-néostomie, qui aurait été la seule opération à appliquer, car la malade était faible et le temps pressait.

Nous avons dit à la malade de revenir nous voir pour lui proposer une opération plus complète, nous ne l'avons pas encore revue.

OBSERVATION XXI

(Professeur Rochet)

C..., âgée de 25 ans, fistule vésico-vaginale ancienne, traitée sans succès par les méthodes vaginales; elle avait été opérée en tout, tant par les uns que par les autres, une dizaine de fois.

Nous eûmes l'explication de la chose quand nous parvinmes, un jour, en examinant à la cytoscopie par la lumière directe, à apercevoir les deux orifices urétéraux dont l'un s'ouvrait directement sur le bord postérieur de la fistule, fendu en partie à ce niveau, dont l'autre s'abouchait à deux ou trois millimètres à peine au-dessus de ce bord.

Nous plaçâmes une sonde à demeure dans chacun des uretères, qui étaient du reste élargis et correspondaient à des reins infectés, comme ils le sont presque toujours en pareil cas, et nous essayâmes, ces sondes sortant d'autre part par l'urèthre, de disséquer par dessous les muqueuses vésico-vaginales après les avoir isolées de ces orifices et de les rapprocher ensuite par la *voie vaginale*.

Notre opération, malgré toutes ces précautions, échoua encore.

Nous avons proposé à la malade, alors, une intervention par la voie haute pour refaire au besoin un nouvel abouchement urétéro-vésical; elle n'a pas encore accepté.

OPÉRATEURS	NATURE DE LA FISTULE	VOIE TRANSVÉSICALE	DÉTAILS PARTICULIERS
VILLY MEYER 1884	Fistule vésico-vaginale très grande et adhérente au squelette	Insuccès	Ultérieurement colpocléisis.
VILLY MEYER 1884	Fistule haute, très grande et adhérente	Insuccès	Ultérieurement colpocléisis.
TRENDELENBURG 1890	Fistule haute adhérences au squelette	Succès	Lithiase secondaire.
TRENDELENBURG 1889	Fistule haute adhérente au bassin	Succès	
TRENDELENBURG 1889	Fistule haute adhérente au bassin	Succès	
MAC GILL 1889	Ablation neoplasme-vésical, suture immédiate de la fistule vésico-vaginale	Succès	Persistence d'une fistule hypogastrique.
MAC GILL 1889	Fistule haute	Succès	
BARDENHEUER	Très large fistule adhérente	Succès	
BARDENHEUER	Large fistule vésico - vaginale	Succès	Une première <i>intervention vaginale</i> avait été suivie d'insuccès. La fistule était considéra- blement agrandie.
	Fistule vésico-vaginale	Succès	Donc, même méthode pour la fistule

DEPLAY S.	Fistule haute après hystérectomie	Succès	Une intervention vaginale antérieure avait fait ouvrir le péritoine. Issue des anses intestinales. Insuccès de la voie vaginale.
RAFIN	Fistule après hystérectomie	Succès	Deux opérations vaginales antérieures avec insuccès. Lithiase secondaire.
DELBET	Fistule adhérente	Succès	Insuccès antérieurs de tous les procédés vaginaux.
LIBERT	Fistule juxta-cervicale	Succès	
SCHWARZ	Fistule large adhérente	Succès	Un colporrhéisme avait échoué antérieurement.
MANGIAGALLI	Fistule vésico-vaginale	Insuccès	
VILLARD	Fistule haute et large	Succès	Un insuccès antérieur de la voie vaginale.
VILLARD	Fistule après hystérectomie pour cancer	Succès	
MADELUNG	Fistule vésico-vaginale	Succès	
ROCHET	—	La voie transvésicale est proposée	Insuccès vaginaux parce que les uretères faisaient partie de la fistule.
ROCHET	—		Insuccès vaginal parce qu'un uretère compris dans la suture.
DENIS	Fistule vésico-vaginale haute inabassable	Succès incomplet	Il persiste une petite fistulette.

Position de l'Opérée

La position inclinée est la clef de l'opération de Trendelenburg.

C'est grâce à elle que la vessie plaquée derrière les pubis descendra pour s'étaler largement sous les yeux de l'opérateur.

C'est à peine si dans quelques cas il faudra bourrer le vagin ou distendre le rectum à l'aide d'un ballon.

La position inclinée écarte la masse intestinale et permet d'atteindre facilement la vessie.

Ouverture de la paroi abdominale

Trendelenburg en créant la taille transversale dans laquelle la section de tous les plans anatomiques est faite le long d'une ligne parallèle au bord supérieur des pubis, a ouvert la plus large voie qu'on puisse obtenir par l'abdomen pour les interventions vésicales.

La taille de Trendelenburg donne beaucoup de jour et permet d'explorer la vessie, même chez les sujets gras. Mais une intervention dans laquelle il faut désinsérer complètement les droits de l'abdomen est presque toujours suivie d'éventration. Toutes les opérées de Trendelenburg ont ainsi présenté de volumineuses hernies post opératoires, faible inconvénient, dit ce chi-

rurgien, si on le compare à la terrible infirmité dont on les avait guéries. Un bandage à pelote volumineuse permet en général de maintenir cette éventration qui ne gêne sérieusement que les femmes appelées à faire des travaux pénibles.

— Après la voie transversale, les chirurgiens ont songé à inciser longitudinalement la paroi abdominale. La voie d'accès ainsi offerte est dans bien des cas suffisante, surtout chez des sujets maigres.

Une incision longitudinale assez longue et de bons écarteurs permettent d'aborder le bas fond vésical, mais il est incontestable que chez une femme obèse l'incision longitudinale serait une voie trop étroite et augmenterait notablement les difficultés opératoires. Ce mode d'ouverture ne met pas à l'abri des éventrations toutes les fois que l'on draine la vessie par la voie hypogastrique.

Lorsque la vessie est peu enflammée et lorsqu'on peut pratiquer la suture totale et immédiate, les résultats sont d'ordinaire excellents.

— L'incision de Pfannenstiel est contre indiquée dans une intervention qui sera rarement faite en milieu aseptique. Les avantages qu'elle pourrait offrir ne sauraient faire oublier que de larges décollements et une opération dans une vessie infectée exposent à de graves complications infectieuses.

— Une taille transversale modifiée semble réunir les avantages et éviter les inconvénients de toutes les méthodes précédentes. C'est la taille de Rochet et Ruotte.

Voici comment le professeur Rochet décrit cette opération :

« Le malade est mis dans la position inclinée à 45° environ.

L'incision cutanée sus pubienne dessine une sorte de lambeau à base supérieure de forme quadrilatère.

Le bord inférieur est taillé horizontalement sur le pubis senti dans la profondeur et cette incision transversale va d'un orifice inguinal externe à l'autre.

Les bords latéraux sont dessinés par des incisions verticales, ou légèrement obliques en dehors et en haut, partant de chaque extrémité du bord inférieur et mesurant 3 ou 4 centimètres de hauteur, suivant l'épaisseur des plans abdominaux, et la profondeur probable de la vessie. On verra à quoi sert la taille de ce petit lambeau remplaçant la simple incision transversale ou légèrement concave en haut de la taille de Trendelenburg. Ce lambeau cutané étant bien dessiné sur tout son pourtour et dans toute l'épaisseur de la peau, on incise les muscles droits transversalement, à un centimètre environ au-dessus de leur attache pubienne (afin de laisser une sorte de bout inférieur pour leur suture ultérieure), à petits coups de bistouri, jusqu'à ce qu'on arrive sur le tissu graisseux sous-péritonéal.

Pas n'est besoin d'inciser toute la largeur du droit ; on entaille seulement le muscle sur une largeur de 1 centimètre 1/2 et on laisse intacts ses faisceaux les plus externes ; on a ainsi un jour très suffisant, à moins que l'ont ait affaire à un sujet très obèse et à vessie très profonde. On procède ensuite comme pour la taille hypogastrique ordinaire, décollement du cul de sac pé-

ritonéal, etc., mais on se dirige d'emblée sur l'origine de la vessie même, vers le bord inférieur de la symphyse pubienne, en suivant la face postérieure de cette symphyse, de façon à arriver avec le doigt jusque sur les ligaments pubio vésicaux. En outre comme on a, de par le fait de la section des droits, un large jour, on dénude la partie inférieure de la vessie sur une surface transversale large.

Cette dénudation effectuée, on ponctionne la vessie au bistouri, directement au-dessus de l'attache de l'urètre, et on agrandit l'orifice latéralement dans l'étendue qu'on veut ; plus le sujet est gras, plus la vessie est profonde, plus la taille transversale doit être large.

A ce moment on suture provisoirement, à l'aide de quelques gros fils de soie ou de catgut, la lèvre supérieure de l'incision vésicale à la partie horizontale du lambeau cutané. La vessie est ainsi extériorisée pour ainsi dire : la profondeur du puits dans lequel on agissait est considérablement diminuée, non pas que la vessie, très peu mobile dans sa partie basse, remonte beaucoup du côté des plans superficiels, mais parce que ces plans descendent vers elle pour ainsi dire et diminuent d'autant la hauteur de l'entonnoir dans lequel on agit. En outre, la peau ainsi suturée à la vessie masque et refoule derrière elle le cul de sac péritonéal et tous les tissus qui pourraient venir flotter au devant du champ opératoire.

Dès maintenant, on aperçoit (une fois la plaie bien asséchée, l'hémostase bien faite, les petits caillots enlevés, toutes conditions indispensables pour bien voir le plancher vésical) très bien le plancher vésical et l'orifice uréthro-vésical.

Mais les orifices urétéraux ne se voient pas encore, dans la plupart des cas. C'est que la muqueuse vésicale vivante d'une vessie ouverte est fortement mamelonnée, ridée par suite de l'évacuation vésicale elle-même, et les uretères sont cachés au fond de ces plis. Il ne faut pas s'attendre non plus à leur voir l'aspect un peu blanchâtre qu'ils ont sur le cadavre, où les apparences de raie noire qu'ils présentent sur le fond d'une image cystoscopique. Ici la muqueuse est uniformément rouge vif ou foncé, et les orifices urétéraux n'apparaissent sur elle, sans changement de teinte presque comme deux petites fentes obliques, en coup d'ongle, et pour les voir il faut étaler, étirer en quelque sorte la muqueuse du plancher.

On s'aide pour cela de la manœuvre d'une large valve plate, coudée à angle droit, dont le bec, placé derrière la symphyse, va accrocher l'orifice urétéral et tire en avant la muqueuse du plancher en la dépliant. Cette valve en même temps fait miroir.

On aperçoit alors très bien le trigone et on peut :

- 1^o voir couler l'urine des urètères ;
- 2^o les cathétériser si on veut. »

Nous avons rapporté en détail cette technique opératoire car elle donne avec une voie d'accès commode la faculté de pouvoir explorer les orifices urétéraux-vésicaux.

Cette exploration est absolument indispensable. Elle représente le plus gros avantage de la voie sus-pubienne dans la cure des fistules vésico-vaginales.

L'insuccès dans un grand nombre d'interventions pour fistules provient certainement de la fermeture

d'un uretère par les fils de suture. Le rein se distend, des douleurs vives apparaissent dans la région lombaire, et si l'obstacle cède sous la poussée de l'urine, la fistule réapparaît. Cette ligature de l'uretère peut, dans d'autres cas, arriver à supprimer fonctionnellement un rein. Pareil danger et source d'insuccès seront toujours évités par une exploration attentive des uretères.

Et ces orifices petits seront souvent difficiles à trouver dans une vessie enflammée, à muqueuse turgescente et saignante. Les changements de forme du bas-fond résultant de la présence d'une perte de substances et d'adhérences périvésicales plus ou moins serrées augmenteront encore la difficulté de cette recherche.

« Il faudra vérifier avec soin la situation des orifices urétéraux par rapport à la fistule. Une fois qu'on les a vus, on peut manœuvrer en sécurité sur le fistule, sans risquer de les comprendre dans l'avivement et la suture. S'ils débouchent trop près de la fistule et qu'on soit obligé de les intéresser par la dissection des bords de celle-ci, ou à fortiori, s'ils font partie intégrante du rebord fistuleux lui-même, il faudra les libérer et avec eux la fin de l'uretère, pour faire au besoin un nouvel abouchement du conduit urétéral dans la vessie. On peut donc être conduit à une véritable urétéro-cysto-néostomie dans les cas spécialement défavorables ». On pourra même être alors obligé d'opérer en deux séances; on fera, sans s'occuper du trou vésico-vaginal, un urétéro-cysto-néostomie. Dans une seconde, une fois cette première opération réussie, on s'occupera de la perte de substance vésico-vaginale.

— Faut-il songer, pour avoir encore plus de jour, à supprimer dans ces tailles hypogastriques une partie de la ceinture pelvienne ?

Les pubis ont une obliquité et surtout une hauteur variable. Chez certains sujets, la vessie paraît profondément cachée derrière une muraille pubienne, haute et épaisse. Cependant la position inclinée permettra presque toujours d'éviter des sections et résections osseuses telles que la symphyséotomie simple ; résection médiane incomplète du pubis comme le conseillaient avec des variantes particulières Helferich et Heydenreich ; volet ostéoplastique latéral et temporaire de Nichaus, opération de Bramann, etc.

Ces opérations sont longues, compliquées ; elles créent une « voie d'absorption facile pour une urine qui peut être septique, au milieu d'un foyer osseux directement ouvert à son contact. »

Elles peuvent même compromettre la solidité de la ceinture osseuse du bassin.

Elles n'offrent pas d'avantages qui puissent les faire employer, et la plupart des chirurgiens les ont abandonnées, même lorsqu'il s'agit de s'ouvrir sur la vessie une large voie dans les interventions pour tumeurs.

Exploration des uretères.

Dédoublement vésico-vaginal.

La vessie largement ouverte, l'orifice fistuleux bien en lumière et les uretères explorés, on découpe une mince collerette autour de la fistule et on fait le dédoublement des parois vésico-vaginales.

Le temps essentiel est le dédoublement qui sera le plus souvent facile. S'il s'agit d'une fistule ancienne, la paroi vaginale sclérosée et dure formera un plan résistant au-dessus duquel on mobilisera la paroi vésicale toujours restée souple.

On ne songe plus aujourd'hui à opposer à la méthode du dédoublement celle de l'avivement.

Cette dernière, dont le succès fut très grand dans les interventions vaginales, a fait place à la méthode française de Gerdy ; dans l'opération par voie transvésicale la marche suivie a été identique.

Trendelenburg opéra en creusant en entonnoir les bords fistuleux qu'il rapprochait ensuite ; les chirurgiens qui l'ont suivi ont laissé cet avivement pour dédoubler les plans vésicaux-vaginaux. L'insuccès après pareille opération ne laisse pas une fistule plus grande, comme dans la méthode de l'avivement ; deux plans de sutures bien disposés offrent beaucoup plus de chance de guérison.

Le gros inconvénient de la suture après dédoublement, c'est-à-dire la ligature de l'uretère, est évité par l'opération haute.

Matériel à suture. — Pour faire les sutures, une aiguille de Reverdin coudée, fine et très courbe, faciliterait singulièrement la besogne. L'aiguille de Hagedorn et le porte aiguille permettent une suture soignée mais plus longue. Le catgut résorbable paraît préférable à la soie, au crin de Florence, au catgut chromique. Tous ces fils sont souvent cause de lithiase secondaire, nécessitent des interventions secondaires et n'assurent pas mieux la cicatrisation que les catguts résorbables.

— Le dédoublement vésico-vaginal saigne abondamment quelquefois ; il peut être difficile de voir le point qui saigne pour le pincer, l'application d'une solution d'adrénaline donne des résultats imparfaits. Pour opérer à l'abri du sang, on pourrait employer l'aspirateur du professeur Villard qui, adapté à une trompe à eau ou à un appareil aspirateur, permet d'opérer constamment en milieu sec.

Le drainage est-il nécessaire et comment faut-il drainer ?

Trendelenburg en 1890 considère le drainage abdominal vésical pendant les 8 à 14 premiers jours comme un point indispensable de l'opération. L'urine de cette manière ne séjourne pas dans la vessie, le bas-fond reste à sec et les sutures sont ainsi dans les meilleures conditions qu'on puisse souhaiter. Tout cathétérisme est évité et en même temps qu'on fait du drainage on peut, s'il est besoin, irriguer la vessie et traiter son infection grâce aux agents médicamenteux. Tous ces avantages ne sont pas à négliger. Pour faire ce drainage on peut employer des drains ordinaires ou les tubes de Guyon-Perrier.

D'autres opérateurs ont drainé la vessie par l'urèthre en mettant une sonde à demeure (sonde Pezzer). On fait à la sonde à demeure de gros reproches et l'on prétend que son extrémité vésicale vient irriter la zone des sutures, retarder et empêcher la cicatrisation.

Cependant on peut, avec son emploi, obtenir des résultats satisfaisants, et si la vessie est peu infectée, si les plans vésicaux et vaginaux sont en bon état, si la suture paraît avoir été faite sur de bon tissu et dans un milieu peu septique, la fermeture totale de la paroi vésicale et l'établissement de la sonde à demeure seront à conseiller. Le professeur Siameni dans un récent travail de conseille la sonde à demeure et prétend que le cathétérisme intermittent est préférable.

« La sonde à demeure, dit-il, peut provoquer des spasmes vésicaux qui contrarient la cicatrisation ». L'inconvénient de cathétérismes répétés et le danger d'infection beaucoup plus grand, lorsque pareille besogne doit être fréquemment répétée et confiée à des aides plus ou moins expérimentés, nous semble faire rejeter cette méthode.

Enfin, il est possible de combiner le drainage hypogastrique à la sonde uréthrale. Un même drain en anse peut avoir une extrémité abdominale et l'autre extrémité uréthrale. Pareil moyen nous semble offrir un double avantage, celui d'évacuer le contenu vésical par deux voies, d'éviter plus sûrement par conséquent, l'obturation du drain. Ce drain en anse longe la paroi latérale de la vessie lorsque la femme reste dans le décubitus latéral, il ne repose pas sur la région suturée et les trous nombreux dont il est perforé absorbent abondam-

ment l'urine qui s'écoule à la fois par l'urèthre et par le ventre.

En résumé, il semble que dans la question du drainage, il faille agir différemment, suivant l'état d'infection vésicale et suivant le siège des sutures. Une suture voisine de l'orifice uréthral fera pratiquer le drainage abdominal; dans une fistule éloignée de l'urèthre, on emploiera la sonde à demeure ou le double drainage abdomino-uréthral.

La position à donner à l'opérée est elle-même variable. Les fistules étant le plus souvent médianes, on aura tout intérêt à faire coucher les malades tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche. Faire de telle manière que l'urine qui peut s'accumuler dans la vessie se collecte ailleurs qu'au niveau de la ligne de suture.

Les *soins post-opératoires* ont une extrême importance; il faut une surveillance constante du bon fonctionnement des drains; il faut traiter la cystite si elle existe et les lavages pratiqués doivent être faits sous faible pression, pour éviter de disjoindre des tissus dont la soudure peut être encore insuffisante.

Les différents temps de l'intervention peuvent ainsi se résumer :

1^o Incision de la paroi, longitudinale si le sujet est maigre, transversale si on a besoin de beaucoup de jour;

2^o Position inclinée;

3^o Relèvement du cul de sac péritonéal;

4^o Incision vésicale;

5^o *Exploration des urètères*, leurs rapports avec la fistule;

6° Section d'une mince collerette et dédoublement;

7° Suture du plan vaginal au catgut;

8° Suture du plan vésical par un premier surjet intra-pariétal. Quelques points intra-vésicaux achèvent l'affrontement de la muqueuse;

9° Suture de l'ouverture vésicale par une série de points interstitiels ne pénétrant pas dans la muqueuse vésicale, et surjet superficiel;

Ouverture médiane laissée pour le drainage;

10° Suture des parois en deux plans et drainage de l'espace prévésical.

Les diverses catégories de fistules vésico-vaginales.

Quand la voie transvésicale est-elle indiquée ?

Avec le professeur Rochet nous classerons les diverses fistules vésico-vaginales dans les catégories suivantes :

1° Fistules vésico-vaginales situées pas trop haut, n'atteignant pas le cul de sac antérieur du vagin;

2° Fistules haut situées, mais ne comprenant pas cependant le col utérin lui-même;

3° Fistules comprenant le col utérin sur une petite étendue seulement, ayant entamé seulement la lèvre supérieure du col;

4° Fistules débouchant dans la cavité utérine elle-même.

(Nous laisserons cette dernière catégorie puisque nous avons borné notre étude aux fistules vésico-vaginales.)

« La première condition pour exécuter les opérations délicates d'une manière méthodique c'est de voir ce que l'on fait, sans quoi on omet facilement une petite précaution, on arrive imparfaitement, on place mal une suture et en définitive on recueille l'insuccès. Moins une fistule vésico-vaginale est accessible, moins on a de chances de la guérir ». (Verneuil).

Le point essentiel dans la cure d'une fistule vésico-vaginale est donc « d'y voir clair » et de manœuvrer à l'aise.

La première catégorie de fistules réalise ces conditions. Aussi sera-t-il toujours possible de l'opérer par le vagin, et cette voie sera sans conteste infiniment préférable à la voie hypogastrique. Ce n'est qu'après de nombreux échecs qu'on pourrait, si les urines étaient très septiques, faire une taille vésicale. Encore vaudrait-il mieux dans ce cas opérer en deux temps, drainer d'abord par la vessie et opérer ensuite par le vagin.

DEUXIÈME CATÉGORIE

Fistules haut situées, mais ne comprenant pas cependant le col utérin lui-même.

Il est dangereux d'opérer par le vagin, les fistules qui correspondent au trigone vésical. Peut-on avoir quelque certitude en opérant par la voie basse de ne pas être près des uretères ? Sait-on si la suture pratiquée ne comprendra pas un orifice urétéral ?

L'opération vaginale pratiquée pour des fistules hautes est souvent suivie d'insuccès. Il est difficile pour un chirurgien, qui n'a pas une très grande expérience, d'opérer au fond d'un entonnoir profond. « Les résultats de la suture des fistules vésico-vaginales sont satisfaisants, mais il faut bien savoir que dans bon nombre de cas, malgré toutes les précautions prises, le résultat définitif n'est obtenu qu'au prix de plusieurs opérations. Il persiste souvent une petite fistulette qui laisse échapper beaucoup d'urine. Les complications opératoires sont rares : signalons la ligature de l'uretère dans les fistules hautes et la blessure du péritoine. » (Michaux).

La voie transvésicale paraît donc praticable d'emblée pour ces fistules hautes ; on pourra y recourir secondairement après échec de la voie vaginale.

TROISIÈME CATÉGORIE

Les fistules juxta-cervicales ne sont encore que des fistules vaginales très haut situées, mais qui ont plus ou moins entamé la lèvre supérieure du col.

Un utérus facilement abaissable permettra d'aborder la fistule par le vagin. L'intervention abdominale sera au contraire indiquée dans le cas d'utérus fixé, soit qu'on aborde la fistule par la voie transvésicale, soit qu'on incise le cul de sac péritonal vésico utérin à la manière de Dittel ; il s'agit alors d'une opération difficile, mais opération de nécessité à tenter avant tous les cléisis génitaux.

QUATRIÈME CATÉGORIE

Les fistules intra-cervicales peuvent encore être opérées par le vagin mais c'est à elles que semble plus particulièrement s'adresser l'opération de Dittel car le dédoublement vésico-utérin est beaucoup plus facile que le dédoublement vésico vaginal dans les fistules plus bas situées.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les fistules simples, non compliquées, où le choix était laissé à l'opérateur entre les voies hautes et basses.

Mais il existe toute une série de *fistules compliquées*, fistules d'un abord difficile.

Les causes sont multiples qui peuvent ainsi soustraire, plus ou moins complètement, la lésion au regard et à l'abord des instruments.

1° Il peut exister dans l'intérieur du vagin, au-dessous de la fistule, des brides transversales plus ou moins saillantes, ou un rétrécissement plus ou moins long et étroit qui masquent tout à fait la perforation.

Il peut même y avoir plus que de simples brides qui gênent l'accès vaginal. Le vagin peut avoir été presque totalement gangrené à la suite d'accouchement dystocique, et nous avons vu une malade chez laquelle la lumière vaginale était complètement oblitérée. A la place du vagin était du tissu cicatriciel inextensible. La dilatation fut tentée vainement et aboutit à la formation d'une fistule recto-vaginale.

2° La partie supérieure du vagin, siège de la fistule, est fixée par des adhérences plus ou moins fortes et

courtes à la face postérieure du pubis, là où l'œil ne peut parvenir.

3^o L'orifice fistuleux est relégué au centre d'une dépression infundibuliforme dont la formation est due à la rétraction inodulaire, à des adhérences extra-vaginales, à des brides cicatricielles.

4^o La perforation siège sur les côtés du cul-de-sac vagino-utérin, et les adhérences fréquentes qui unissent les parties molles aux parois pelviennes ne permettent pas la mobilisation et la migration vers la vulve de la région du vagin occupée par la fistule.

Toutes ces conditions paraissent formellement indiquer la voie vésicale. Les larges débridements du vagin préconisés par Chaput ou la voie ischio-rectale nous semblent bien inférieurs à la suture transvésicale lorsque le vagin est fermé par des brides.

— Thiers, dans sa thèse inspirée par Rafin, ajoute encore à ces fistules compliquées les fistules avec *lithiase*. » A la suite d'infections vésicales, il est fréquent de constater des dépôts de phosphates ammoniaco-magnésiens constituant non pas de vrais calculs, mais des couches d'infiltration, recouvrant le bas-fond vésical d'un vernis phosphatique assez épais. Ces calculs secondaires provoquent l'apparition de douleurs assez vives d'hématuries qui effrayent les malades. Dans ces cas, on ne peut guère faire la lithotritie. L'aspiration simple est inefficace. La fistule vésico-vaginale est trop petite pour permettre un nettoyage de la vessie. Que faire alors et quelle voie adopter ? La voie vésicale semble répondre à toutes les indications. Elle permet d'enlever les incrustations phosphatiques, l'avive-

ment et la suture de la fistule sont rendus faciles. De plus, en drainant la vessie par l'hypogastre et en assurant le repos de l'organe, on aide le travail de cicatrisation qui doit oblitérer la fistule, et on prévient ainsi l'infection ascendante qui est toujours à redouter dans ces cas.

Les fistules non puerpérales qu'on observe dans le *jeune âge*, soit à la suite de gangrène du vagin dans le décours des fièvres éruptives, soit à la suite d'un traumatisme ou d'une ulcération de la cloison par un calcul de la vessie, semblent particulièrement échapper à la voie vaginale, en raison de l'étroitesse des parties molles et du faible écartement des branches ischio-pubiennes dans l'enfance.

Un grand nombre de *fistules consécutives à des hystérectomies*, demanderont à être abordées par voie haute transvésicale. Quand l'utérus n'existe plus, la fistule est difficilement abaissable; l'avivement pratiqué sur une paroi vaginale amincie peut faire ouvrir la cavité péritonéale à laquelle le vagin répond directement.

Cystoscopie

La *cystoscopie*, lors de fistule vésico-vaginale, n'est possible qu'avec des appareils à vision directe.

Avec ces derniers appareils, elle peut donner des renseignements précieux. Elle devrait être toujours pratiquée. Lorsqu'elle ferait apercevoir les orifices urétraux, sur les bords fistuleux ou dans leur voisinage,

l'indication serait formelle d'intervenir par la voie haute, transvésicale de préférence.

Pour le professeur Rochet, il est inutile, dans ces cas, de s'attarder à la voie vaginale.

En pareil cas, aucune suture vaginale ne tiendra et, d'autre part, on risque des accidents rénaux ascendants, par ligature de l'uretère.

Inconvénients et avantages de l'opération de Trendelenburg

Peut-on craindre une *double fistulisation* après la taille hypogastrique? Trendelenburg, dans sa première communication, répond à cette question. On n'a pas à craindre une fistule hypogastrique toutes les fois que l'urine n'est pas profondément altérée et de réaction alcaline. La taille hypogastrique est une opération relativement bénigne, suivie de fistulisation seulement après des opérations pour cancers de la vessie, ou chez de vieux prostatiques obligés depuis longtemps à se sonder.

La *lithiase* est due à l'emploi de fils de suture non résorbables. Avec le catgut résorbable, il semble qu'on soit à l'abri d'une pareille complication.

Le véritable inconvénient de cette opération est l'*éversion*. Elle ne manque presque jamais quand on opère à la manière de Trendelenburg; on l'évitera par l'incision longitudinale ou l'incision transversale, modifiée, de Rochet. Cependant, il ne faut pas considérer cette

complication comme très grave. La plupart des femmes supportent assez bien ces hernies post-opératoires, qu'un bandage maintient.

L'opération elle-même est-elle bien difficile et bien longue ? Pour Trendelenburg, elle ne doit pas être plus longue que la suture par la voie vaginale.

Si l'on excepte, dans les fistules vaginales, les fistules basses et faciles à extérioriser, la difficulté opératoire est peut être moindre par la voie transvésicale.

Et ceci nous amène aux avantages de cette méthode.

AVANTAGES

1° La vessie ouverte, le vagin bourré de gaze et le rectum soulevé, s'il est besoin, par un ballon de Pétersen, la fistule apparaît à l'opérateur avec une grande netteté. Facilement accessible au regard, la perte de substance peut être parfaitement abordée par le bistouri et les aiguilles à suture. Pour bien opérer, il faut bien voir, et la voie vésicale permet de bien voir ;

2° Elle permet aussi, et ceci est peut être son plus gros avantage, de vérifier la situation des orifices urétéro-vésicaux. Un urètre lié est cause d'accidents sérieux et compromet le succès opératoire. Dans toutes les fistules de la région du trigone, opérées par le vagin, cet accident est à craindre.

3° Si la lithiase vésicale complique la fistule vésico vaginale par la même tumeur hypogastrique, le chirurgien pourra nettoyer la vessie qu'il suturera ensuite au niveau de l'orifice fistuleux.

4° La vessie ouverte est mise au repos. Ce résultat

thérapeutique recherché dans les cystites graves et rebelles n'est pas à négliger lorsqu'on cherche à réparer une perte de substance vésicale.

3° Bien plus la section vésicale dont Pousson a conseillé de maintenir les lèvres entr'ouvertes pour le passage des tubes à drainage « augmenterait les chances de réunion de la fistule en prévenant les hémorragies que l'on voit parfois survenir chez les malades opérées par la méthode vaginale. »

Tous ces avantages permettent à l'opération de Trendelenburg d'être mise en parallèle dans certains cas avec l'opération vaginale.

Mais ne doit-elle pas apparaître comme une opération parfaite, si on la compare aux divers cléisis, unique ressource dans les cas de fistules compliquées de la nature de celles opérées par la plupart des auteurs.

Dans les colpo-cléisis l'urine séjourne dans les culs de sacs vaginaux.

L'infection locale peut se traduire par la formation de volumineux calculs vésico-vaginaux, par des ulcérations de la cicatrice et la récurrence de l'infirmité première.

Mais en même temps cette opération provoque l'infection ascendante des appareils génital et urinaire.

Les malheureuses, dont la santé était bonne malgré leur infirmité, voient reparaître l'urine par leur vagin et meurent ensuite d'infection.

La voie transvésicale doit toujours être tentée avant ces opérations mutilatrices qu'elle évitera souvent d'employer.

CONCLUSIONS

I. — On peut aborder les fistules vaginales par la voie basse et par la voie haute.

II. — L'opération de Trendelenburg ou cystorraphie interne consiste à aborder la vessie par la voie haute. Elle comprend outre les temps de la taille hypogastrique le dédoublement des parois vesico-vaginales, un double plan de sutures au catgut, le drainage hypogastrique toutes les fois que la vessie sera infectée.

A côté de ce procédé transvésical existent les opérations de Dittel et Bardenheuer dans lesquelles le chirurgien sans avoir ouvert la vessie va dédoubler les parois vesico-vaginales soit après avoir incisé le cul de sac péritonéal, soit après avoir soulevé le péritoine.

Nous n'avons étudié que l'opération transvésicale.

III. — Les indications de l'opération de Trendelenburg nous paraissent devoir être les suivantes :

a) Les fistules inopérables par le vagin.

L'opération permet dans ce cas d'éviter souvent les colpocléisis et leurs conséquences fâcheuses.

b) Les échecs des opérations vaginales.

c) Les cas de fistules hauts situées répondant à l'abouchement des uretères.

IV. — Dans le cas de ces fistules hautes la voie transvesicale peut être considérée comme une voie de choix, car elle permet de voir l'abouchement des uretères et de respecter ces conduits. D'autre part le drainage peut-être facilement assuré en cas d'infection. Plusieurs de nos observations montrent que la guérison a pu être obtenue par cette opération alors que d'autres méthodes opératoires avaient échoué.

V. — La cystoscopie à vision directe devrait toujours être pratiquée, car elle peut permettre de voir les orifices urétéraux et leurs rapports avec la fistule.

Le Président de la Thèse,

VU :

A. POLLOSSON.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 Novembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARDENHEUER. — Verschluss grosser vésico-vaginales Fisteln durch transplantation der Blasenwand. Arch. f. w. Chir. Berlin 1891 XLII (362-364).
- BAUMM. — Arch. f. gynakologie XXXIX-3.
- DOUMERG (FR.). — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales, voie hypogastrique. Montpellier 1894-95, n° 23.
- DUPLAY. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture intravésicale. Académie de médecine, 19 novembre 1896.
- KONIG. — Behandlungen der deutschen Gesellschaft f. chirurgie XVII, 1888 p. 100.
- LAFOURCADE. — Archives provinciales de Chirurgie, Juillet 1902. Les fistules vésico-vaginales.
- MAC GILL. — On an opérationen for vesico-vaginal fistula through a supra pubic opening in the bladder. Brit. med. Journal n° 1358, p. 1068.
- MANGIAGALLI. — Annali di obstetrica e ginecologia 1899, p. 772.
- MADLUNG. — Corresp. Blatt. des allgemein. Mecklemb. Aertzevereins, 1889, n° 137.
- V. MEYER. — Ueber die Nachbehandlung des hohen steinschnitts, sowie ueber verwendbarkeit derselben zur operation von Blasenscheidenfisteln. Archiv. f. klin. Chir. 1883. Bd XXXI p. 521.
- POUSSON. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. Archives provinciales de Chirurgie. Décembre 1894.
- RAFIN. — Fistule vésico-vaginale opérée par la voie transvésicale. Lyon médical, 213-1903.
- RICHELOT. — Sur le traitement des fistules vesico-vaginales graves. Société de médecine de Paris, (mai 1907).

- ROCHET. — Les principaux modes opératoires des diverses catégories de fistules vésico-vaginales.
Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires 1906.
- ROSE. — Einige Bemerkungen zu neuesten operation methoden unheilbarer Blasenscheidenfistel.
Freie Vereinigung der Chirurgen, Berlin 1903.
- ROSENTHAL { An opération for the cure of vesico cervical fistule
by the sectio alta, with recovery; in the américain
Journ. of obstetrics and diseases of women and
children vol. XXVII, (mars 1893).
- SCHWARZ — Un cas d'opération transvésicale de fistule vésico-vaginale. Lienicki Viestnik 1904 n° 7, (Kroatisch).
- SFAMENI. — Archivio italiano di Ginecologia, 1908, n° 6 juillet.
- G. SIMON. — Zur opération der Blasenscheidenfistel. Wien. méd. Wochenschrift 1876, n° 27.
- THIERS. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales, par la voie transvésicale. Thèse de Lyon 1903-04.
- TRENDELENBURG. — Ueber Blasenscheidenfistel operationen und ueber Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. Sammlung klin. Vorträge, n° 335, 1890.
- TRENDELENBURG — Zur opération der Blasenscheidenfistel, von der Blase aus.
Deutsche mediz. Wochenschrift, 1892, n° 23.
- VERNEUIL. — Chirurgie réparatrice. Fistules vésico-vaginales 1877.

